

養育医療給付申請書

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|---|-----------------|
| 本人 (乳児) | フリガナ | ヤオシ シロウ | 性別 | (男) ・ 女 | |
| | 氏名 | 八尾市 次郎 | 生年月日 | 令和 1 年 5 月 1 日 | |
| | 住所地 <small>(住民票所在地)</small> | 〒 581 - 0003 八尾市本町1-1-1 | 個人番号 | ×××× 下記参照※ | |
| | 現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small> | 〒 581 - 0069 八尾市龍華町1-3-1 | 入院中の場合は、病院の住所をご記入下さい。 | | |
| 保護者 (申請者) | フリガナ | ヤオシ イチロウ | 生年月日 | (昭和) 60 年 1 月 1 日 平成 | |
| | 氏名 | 八尾市 一郎 (印) | 本人との続柄 | 父 | 個人番号 ×××× 下記参照※ |
| | 居住地 | 子の住所地と同じ | 電話番号 | (携帯) 090 - 1234 - 5678 (自宅) 072 - 999 - 8888 | |
| 被保険者証等の 記号及び番号 | 社保 | 記号 | 番号 | 保険者番号 | |
| | 保険者名称 | | | | |
| 国保 | 記号 | 八国 | 番号 | 保険者番号 | 270132 |
| 希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地 | 八尾市立病院 八尾市龍華町1-3-1 | | | | |
| 備考 | | | | | |

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、上記の者は本医療費の助成資格を受けるにあたり住民基本台帳、住民税課税台帳、健康保険等に関わる必要な情報のために各関係機関に対し、調査及び照会することについて同意します。また、未熟児養育医療給付自己負担金の決定にあたり、子ども医療費助成制度、ひとり親家庭医療費助成制度、障がい者医療費助成制度について担当部署に調査及び照会、納付すべき未熟児養育医療給付金に係る助成申請および助成金の受領に関する一切の権限を委任することに同意します。

令和 1 年 5 月 10 日

(あて先) 八尾市長

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。